

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 236

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
des
MÉTRORRAGIES
dans la
TORSION des KYSTES
de l'**OVAIRE**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 23 Décembre 1925

PAR

Mazal BENADO

née à BELGRADE (Serbie) le 28 Janvier 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES METRORRAGIES
DANS LA TORSION DES KYSTES DE L'OVAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 236

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
des
MÉTRORRAGIES
dans la
TORSION des KYSTES
de l'OVAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 23 Décembre 1925

PAR

Mazal BENADO

née à BELGRADE (Serbie) le 28 Janvier 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton. 47

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — — — Chimie minérale	BARRAL
— — — — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; VILLARD, assesseur;
COTTE et BONNET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES FRÈRES,

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.

A MES SŒURS

A MES BELLES-SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES NIÈCES ET A MES NEVEUX

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET,
Chevalier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse ; c'est à ses conseils éclairés
et à son inépuisable bonté que nous
devons d'avoir pu faire cette thèse.

Qu'il veuille bien accepter nos senti-
ments de profonde reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MES CAMARADES

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES METRORRAGIES DANS LA TORSION DES KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Au moment d'écrire, en manière d'introduction à notre travail, ce premier chapitre de notre thèse, nous ne savons pas encore à quelles conclusions aboutira le volumineux dossier de documents que nous avons réunis.

Jusqu'à présent c'est à un travail de compulsion, long, ingrat et aride, que nous nous sommes adonnée et déjà nous sommes quelque peu découragée de sentir que peut-être la valeur que nous espérons pouvoir accorder à un symptôme tombera devant les faits. Et que nous serons peut-être obligée d'écrire, comme Lawson Tait : « Les renseignements sur les règles, fournis par les malades atteintes de tumeurs ovariennes, sont si variés à ma connaissance, que cela m'a conduit à les laisser de côté dans le diagnostic. »

« La valeur séméiologique des métrorragies dans la torsion des kystes de l'ovaire », tel est le sujet que le Professeur Agrégé P. Bonnet nous a priée de met-

tre au point. L'intérêt lui en est apparu après l'observation successive de deux cas où des métrorragies accompagnaient la torsion d'un kyste de l'ovaire et où le symptôme était entré en ligne de compte, de façon sérieuse, dans la discussion du diagnostic.

La littérature, sur la torsion des kystes de l'ovaire, est abondante, mais elle est à peu près muette sur la valeur séméiologique des métrorragies au cours de cet accident.

Aussi nous a-t-il fallu, pour répondre au désir de notre maître, et nous faire une opinion, réunir un nombre considérable d'observations éparses, les lire attentivement, pour y chercher un signe dont il n'est, dans la plupart des cas, fait aucune mention, ne retenant que celles où les troubles de la menstruation, ou au contraire, la régularité, sont explicitement signalés.

Enfin, en vue d'établir une sorte de contrôle des résultats obtenus, nous nous sommes adressée aux observations recueillies par un même Chirurgien. Celles que le Professeur Tixier a mises à notre disposition, dans les registres de la Clinique Chirurgicale, mentionnaient, pour la plupart, les modifications de la menstruation et, de ce fait, constituaient un document utilisable.

C'est donc sur cet ensemble de renseignements recueillis consciencieusement que nous allons maintenant tenter de mettre au point la valeur du symptôme : métrorragie.

Quel que soit le résultat auquel nous aboutirons, et que nous ne connaissons pas encore, nous devons,

d'ores et déjà, justifier la valeur de nos conclusions, par l'indication des sources auxquelles nous avons puisé.

Et si de notre travail ne doit en fin de compte « naître qu'un tas ridicule » du moins ce ne sera pas la première fois qu'on aura, pour ce résultat, remué des montagnes.

A

**Les troubles de la menstruation
dans les kystes de l'ovaire
non compliqués de torsion**

Il convient tout d'abord, avant d'apprécier l'importance des métrorragies dans la torsion du pédicule, d'établir dans quelle mesure les troubles de la menstruation, et notamment les métrorragies, peuvent être observées dans l'évolution des kystes de l'ovaire non compliqués de torsion.

Bien des opinions ont été émises à ce sujet dans les ouvrages classiques. Elles ne reposent pas toujours sur le contrôle des faits et le plus souvent, elles ne sont que le reflet d'une impression, faite du souvenir des cas habituellement observés.

« Dans les kystes de l'ovaire, aussi bien à leur début que dans le cours de leur développement, les phénomènes menstruels sont rarement troublés. »

Cette affirmation, que l'on trouve dans l'article du *Dictionnaire des Sciences Médicales*, consacré aux kystes de l'ovaire, se retrouve dans la plupart des traités de Gynécologie.

Et si quelque modification de la menstruation s'y trouve signalée, c'est plutôt la suppression des règles que l'on dit accompagner l'évolution des kystes de l'ovaire :

« Les règles sont modifiées, supprimées assez souvent, et les métrorragies accompagnent exceptionnellement les kystes de l'ovaire. » (J.-L. Faure et Siredey).

D'autres insistent sur la grande variabilité des troubles de la menstruation. Pour Lawson Tait « les renseignements sur les règles fournis par les malades atteintes de tumeurs ovariennes, sont si variés, à sa connaissance, que cela l'a conduit à les laisser de côté pour le diagnostic. » « Dubois, disait-il, affirmait n'avoir jamais vu de kyste de l'ovaire accompagné d'hémorragie. Je l'ai cependant noté à plusieurs reprises dans ma pratique. »

D'après Forgue et Massabuau, les troubles de la menstruation sont variables, dans la symptomatologie des kystes de l'ovaire.

Des statistiques pourtant ont été apportées, qui donnent aux appréciations l'appui de leur précision. Mais à vrai dire, il n'y est pas fait de distinction entre la symptomatologie des kystes de l'ovaire simples et celle des kystes compliqués de torsion.

Négroni, examinant 645 observations, a trouvé :

La menstruation régulière dans....	60 cas
— troublée dans....	30 —

Sur les 94 cas de West :

La menstruation est régulière dans.	29 cas
— est troublée dans.	56 —

Gallard, qui avait à ce sujet étudié 169 cas, a trouvé :

La menstruation était normale dans. 87 cas
— — — — — troublée dans. 82 —

sur ce dernier chiffre :

Les règles étaient supprimées.. 21 fois
Elles étaient d'abondance moindre ou avec retard..... 11 —
Les règles ont été plus abondantes et de plus longue durée 22 —
Les règles ont été irrégulières ou douloureuses 21 —

La statistique publiée par Terrier, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, de 1882 à 1891, et analysée par Eudes, comprend 200 observations :

La menstruation était normale dans. 66 cas
— — — — — était troublée dans. 134 —

Les métrorragies y figuraient dans 18 observations.

Terrier donnait comme conclusion : « Il ne paraît pas y avoir de relation à établir entre la transformation kystique des ovaires et la persistance ou l'arrêt de l'écoulement menstruel.

Terrier signalait pourtant : « Après la ménopause, le développement des néoformations ovariennes paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement san-

guin plus ou moins abondant et plus ou moins irrégulier. »

Bouilly reconnaît que dans l'immense majorité des cas, le développement et la présence d'un kyste simple de l'ovaire et même des deux ovaires, n'influe en rien sur la menstruation et n'en provoque aucune modification. C'est même une chose remarquable de voir fréquemment les deux ovaires se transformer en poches kystiques sans apparence d'intégrité de tissu ovarien, et néanmoins de n'observer aucun trouble dans l'apparition régulière et normale des règles. Les métrorragies en relation avec le kyste simple de l'ovaire peuvent donc être considérées comme un accident exceptionnel. Sur un nombre considérable de cas opérés, il ne l'a trouvé noté que 52 fois.

« Chose remarquable, ajoute-t-il, ces métrorragies n'appartiennent pas à la période d'activité génitale de la femme... Je ne l'ai observée que deux fois chez une femme jeune encore, âgée de 38 ans et une autre de 41 ans... » Dans tous les autres cas, les femmes atteintes de métrorragies sont, les unes, le plus petit nombre (2 cas) au voisinage de la ménopause (42 ans, 49 ans); les autres, ménopausées depuis un temps plus au moins long, quelquefois très long, et déjà âgées, de 52 ans (3 cas), 58 ans, 60 ans, 62 ans (2 cas), 66 ans.

« Dans les premiers cas, chez la femme au voisinage de la ménopause, les pertes peuvent présenter une abondance extrême et amener l'anémie la plus prononcée, comme dans les fibromes les plus hémorragiques. »

Voilà donc un point particulier établi par Terrier, Bouilly, puis confirmé par Delaunay : Au voisinage de la ménopause et celle-ci une fois établie, les kystes de l'ovaire, hors de toute complication de torsion, s'accompagnent parfois de métrorragies.

Cependant les métrorragies ne semblent pas être aussi exceptionnelles qu'on ne le croit habituellement, ni particuliers aux kystes de l'ovaire développés après la ménopause.

Delespine, dans une statistique personnelle de 43 cas, conclut :

Jamais, dans les cas que nous rapportons on ne trouve signalés l'aménorrhée.

Quand les règles subissent quelque changement ce changement se fait toujours dans le sens de l'irrégularité ou de l'accroissement. Quoi qu'en aient prétendu certains auteurs, les kystes de l'ovaire déterminent plus souvent des métrorragies que de l'aménorrhée. »

« La perte sanguine s'est présentée tantôt comme une ménorragie. Dans le premier cas, le plus fréquent, on note quelquefois un peu de douleur au moment des règles. Dans le second cas, l'écoulement est, en général, assez peu abondant, quelquefois à peu près continu, avec des exacerbations de temps à autre ; ou bien il reste un accident unique dans la vie des malades. Rarement, son abondance devient comparable à ces hémorragies profuses que l'on observe quelquefois dans le cas de fibrome utérin, par exemple. Dans le kyste de l'ovaire, le sang ne

présente pas d'odeur particulière ; la fétidité n'a jamais été notée. Peu ou pas de caillots en général. »

La thèse d'Eudes résume, d'après un total de 368 observations qui comprennent la statistique de West, celle de Terrier, et 41 observations inédites, les principaux troubles de la menstruation qu'on observe au cours de l'évolution des kystes de l'ovaire.

L'aménorrhée y figure dans..... 59 cas

Les ménorragies y sont signalées d^s. 22 —

Les métrorragies, dans..... 27 —

parmi lesquels se trouvent 4 cas de métrorragies après la ménopause.

Mais ce sont là des statistiques globales d'où ne paraissent pas exclus les kystes compliqués de torsion.

Aussi avons-nous tenté nous-même, d'établir à la lecture des observations recueillies dans la littérature, la fréquence des métrorragies dans les kystes simples, non compliqués.

Mais toute statistique établie dans ce sens, nous paraît entachée d'erreur relative. En effet, dans un grand nombre d'observations où il n'est pas fait mention de la torsion, celle-ci semble exister pourtant. La torsion est en effet souvent méconnue au cours même de l'opération. Nous avons été frappée, à la lecture d'observations où l'existence de crises douloureuses, accompagnées de métrorragies nous faisait attendre la description d'un kyste tordu, de ne pas trouver mentionnée la torsion... et cependant, on signale que le kyste est adhérent, à contenu héma-

tique, ce qui correspond le plus souvent aux altérations anatomiques du kyste tordu.

Pour ces raisons, nous n'attachons qu'une valeur relative aux chiffres de cette statistique, faite d'observations éparses dans la littérature. Nous y trouvons :

a) KYSTES MUÇOÏDES NON COMPLIQUÉS DE TORSION
(32 cas)

Les métrorragies y figurent dans 6 observations, dont deux concernent des femmes ayant dépassé la ménopause.

b) KYSTES DERMOÏDES NON COMPLIQUÉS DE TORSION
(126 cas)

Les métrorragies n'y figurent pas.

Il faut tenir compte, dans l'appréciation des chiffres, que la plupart des observations, recueillies dans un but de statistique opératoire le plus souvent, ne font pas mention des troubles de la menstruation.

Par contre, nous attachons plus de valeur à la statistique des observations recueillies dans la Clinique du Professeur Tixier, où la torsion est habituellement notée avec soin au cours de l'intervention :

Dans 69 cas de kystes non compliqués de torsion, la métrorragie est signalée 3 fois.

On peut admettre, de façon approximative, que *la métrorragie accompagne, dans la proportion de 4 %, les kystes de l'ovaire non compliqués de torsion du pédicule.*

Il n'est pas sans intérêt de savoir si certaines variétés de kystes, en dehors de toute complication, s'accompagnent de façon particulière, de troubles de la menstruation.

Dans les KYSTES DERMOÏDES on admet que les malades sont ordinairement réglés de façon normale. L'aménorrhée, symptôme assez habituel des kystes mucoïdes, se trouve être l'exception dans les kystes dermoïdes.

Par contre, dans ces derniers, les ménorragies sont plus fréquemment signalées. Les métrorragies elles-mêmes ne sont pas exceptionnelles, alors qu'il s'agit de kystes dermoïdes bilatéraux. C'est à leur occasion que l'on a décrit les *formes métrorragiques* des kystes dermoïdes. (de Rouville, thèse de Plagniol.)

La même diversité d'opinion se trouve émise au sujet des KYSTES PAROVARIENS.

Alors que le plus souvent (15 fois sur 17, Lesavre), ces kystes n'entraînent aucun trouble de la menstruation, les observations accompagnées de ménorragies et même de métrorragies les plus graves (Camelot), ne semblent pourtant pas exceptionnelles.

Mais c'est la situation anatomique du kyste, beaucoup plus que la variété à laquelle il appartient, qui semble conditionner l'apparition des métrorragies. Celles-ci sont, en effet, plus fréquentes dans les KYSTES INTRALIGAMENTAIRES (thèse de Pelcot), parce qu'ils sont le plus souvent inclus dans le pelvis. Déjà Pozzi signalait que la ménorragie n'est pas rare dans

les cas de kystes inclus au voisinage même de l'utérus.

C'est en effet très probablement à leur inclusion pelvienne, par les troubles qu'elle entraîne sur la vascularisation de l'utérus, sur le plexus hypogastrique et l'innervation vaso-motrice de l'utérus, que les kystes intraligamentaires doivent de s'accompagner plus volontiers de métrorragies.

Ces dernières considérations sur le rôle qu'exercent sur la menstruation la variété anatomique ou le siège intrapelvien des kystes de l'ovaire, montrent bien que la pathogénie des métrorragies n'est pas uniforme.

Les *altérations de la fonction ovarienne* ont été tout naturellement invoquées comme facteur prédominant de ces troubles. Elles ne sont cependant pas seules en cause :

La fréquence relative des métrorragies dans les kystes bilatéraux des ovaires où semble ne subsister aucune trace de tissu ovarien normal ;

Leur fréquence plus particulièrement signalée chez les femmes ayant depuis longtemps dépassé la ménopause ;

Sont, contre l'origine exclusivement ovarienne des métrorragies, un argument sérieux.

Et sans doute la métrorragie relève bien souvent de la *congestion utérine*, réalisée à la faveur de la compression exercée sur les vaisseaux de l'utérus ou sur le sympathique pelvien.

B

**Les métrorragies
dans les kystes de l'ovaire
compliqués de torsion**

Le rôle possible, exercé par la torsion du pédicule, dans la production des métrorragies, est une hypothèse qui a été plus d'une fois soulevée et discutée.

Dans sa thèse, qui reste un document important sur l'étude de la torsion des kystes de l'ovaire, Baron attribue à la métrorragie une certaine valeur séméiologique :

« L'écoulement du sang par les voies naturelles, est un signe important. L'accident (la torsion), peut bien avoir lieu pendant les règles ; d'autres fois, il cause, par lui-même, une métrorragie. »

Avant lui, Mouthon soulevait la même question : « On a lieu d'être surpris que la torsion du pédicule ne retentisse pas sur la menstruation d'une façon constante et typique. Comme dit si justement Thornton : « L'irritation des nerfs de l'ovaire aurait dû faire de la ménorragie la règle. » Or, comme nous

l'avons déjà relaté, le plus souvent les règles ne sont pas changées dans leurs caractères ni dans leur apparition. Dans une de nos observations, la malade perdit abondamment, après sa poussée de péritonite, du sang noir, puis les règles revinrent comme d'habitude...

Quand les femmes ont atteint la ménopause, les accidents de torsion peuvent s'accompagner de la réapparition des règles ou plutôt de pertes utérines ; ainsi dans l'observation de Schwartz, la malade revit du sang à deux reprises.

Le même accident se montra chez la malade qui fait l'objet de notre observation 5, et qui « ne voyait plus depuis deux ans et demi. »

L'hypothèse de l'influence possible de la torsion dans la production des métrorragies est envisagée plus nettement encore par Delespine. « Nous nous étions demandé si l'hémorragie utérine pouvait devenir un signe de torsion du pédicule dans les kystes ovariens. A en juger par nos observations, la chose ne paraît pas devoir être très fréquente.

Dans les 6 cas où cette complication s'est produite les règles étaient normales 5 fois, et la malade de notre observation 43 n'avait pas eu d'hémorragie depuis 5 mois au moment de l'opération, alors que la torsion ne remontait certainement pas à plus de 3 semaines. D'ailleurs, le Professeur Vosturiev ne considéra pas l'hémorragie comme un symptôme digne d'intérêt dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Certains auteurs, Bournier par exemple, attribuent au contraire une grande importance

à ce phénomène. Nous ne nions pas qu'on l'ait rencontré souvent dans ce cas, et ce serait fort difficile en présence des observations de Schwartz, de Pinay... Toutefois, nous rappellerons que la torsion se produit souvent au moment des règles. Le tout est donc d'interpréter sagement ce flux sanguin. »

Une excellente discussion des rapports qui existent entre les troubles de la menstruation et les complications des kystes de l'ovaire se trouve insidemment dans la thèse d'Eudes. Mais celui-ci pense que l'aménorrhée accompagne plus souvent que la métrorragie la torsion du pédicule.

Il ajoute pourtant : « Quant aux métrorragies, il est bon de remarquer qu'elles ont coïncidé avec une crise de torsion. Il est donc logique de les y rattacher. »

Forgue et Massabuau, font rentrer aussi la métrorragie dans le tableau clinique de la torsion.

« La torsion aiguë débute brusquement et se caractérise par un tableau clinique alarmant : douleurs abdominales vives, ballonnement du ventre, vomissements, *métrorragies dans quelques cas...* etc.

Nos recherches personnelles, qui ont été entreprises en vue d'élucider ce point particulier de la séméiologie, n'ont pas abouti au résultat que nous nous attendions, à priori, à obtenir.

Il est vrai de dire que pareille étude ne pourrait aboutir à un résultat indiscutable que si les observations étaient délibérément orientées vers cette recherche.

Or, d'une part, elles ne font pas toujours mention de la torsion, celle-ci passant inaperçue au cours de l'intervention.

D'autre part, nous trouvons fréquemment signalé que la crise douloureuse est survenue au moment où apparaissaient les règles. Peut-être y a-t-il là souvent erreur d'interprétation, comme on pourra le constater dans une observation de Mouthon et faut-il plutôt dire que dans bien des cas, la crise de torsion s'est accompagnée de métrorragies.

Et c'est peut-être là l'explication de la fréquence plus particulièrement signalée par Schwartz, des métrorragies dans la torsion des kystes, après la ménopause. A ce moment, l'erreur possible avec les règles n'existe plus et la métrorragie est attribuée à la torsion.

Ces réserves faites, et elles ne sont peut-être pas sans valeur, puisque le Professeur agrégé Laroyenne, qui avait eu l'attention attirée sur ce signe par un travail de Gangolphe, admet la fréquence de la métrorragie dans la torsion du pédicule, nous apportons le résultat de notre statistique :

Celle du Professeur Tixier comprend 102 observations de kystes de l'ovaire. Parmi les 33 observations de torsion du pédicule, nous ne relevons qu'une seule observation où les métrorragies sont signalées.

Ce symptôme y apparaît donc comme exceptionnel.

Il ne paraît pas davantage être d'une grande fréquence si nous consultons les observations que nous avons recueillies dans la littérature.

Nous avons, au hasard de nos recherches, recueilli 114 observations de KYSTES MUÇOÏDES tordus. Dans 56 cas, il n'était pas fait mention des troubles de la menstruation. Dans 44 cas, il était signalé que les règles n'étaient pas troublées. La métrorragie ne figurait que dans 18 observations.

La métrorragie est donc un symptôme très inconstant et même d'une rareté relative, de la torsion des kystes mucoïdes.

Il apparaît plus exceptionnel encore dans la torsion du pédicule des KYSTES DERMOÏDES. Sur 53 observations de kystes dermoïdes tordus que nous avons compulsées, il n'était pas fait mention des troubles de la menstruation dans 36 cas. Dans 15 observations où il sont mentionnés, il n'y avait pas d'hémorragie. 2 fois seulement la métrorragie était signalée.

Nous pouvons donc conclure :

Les métrorragies sont un symptôme relativement rare, sinon exceptionnel, de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Si nous tenons compte qu'il n'est pas d'une rareté sensiblement plus grande dans les kystes de l'ovaire non tordus, nous voyons que ce symptôme ne peut être, en règle générale, utilisé pour le diagnostic de cette complication.

Il n'en est pas moins probable, à priori, et aussi d'après l'analyse des symptômes, que lorsque la métrorragie existe au cours de la torsion, c'est dans la torsion même du pédicule qu'elle trouve son explication :

Les troubles apportés à la vascularisation de l'uté-

rus par la torsion du pédicule de l'ovaire ; l'hyperhémie pelvienne entraînée par la réaction inflammatoire au voisinage du kyste tordu ; les troubles de l'innervation vaso-motrice, sont des phénomènes anatomiques évidents, dont le rôle, dans les troubles de la menstruation, paraît, à priori, indéniable.

C

**Valeur séméiologique des métrorragies
dans le diagnostic différentiel
du kyste de l'ovaire**

La métrorragie, symptôme inutilisable pour le diagnostic de la complication, une fois reconnu le kyste de l'ovaire, peut, lorsqu'elle existe, ajouter aux difficultés du diagnostic différentiel du kyste lui-même.

a) La métrorragie peut désorienter le diagnostic et faire croire à l'existence d'un *fibrome*. Ceci, lorsque les métrorragies sont répétées, abondantes, et faites de sang rouge.

C'est ainsi que dans les observation de Péan, de Bouilly, de Camelot, on avait porté le diagnostic de fibrome.

Dans une observation du Professeur agrégé P. Bonnet, le médecin traitant, gynécologue averti, après avoir découvert l'existence d'une masse juxta-utérine et constaté qu'à chaque examen le doigt revenait

chargé de sang, avait pensé à la possibilité d'un cancer du corps, coïncidant avec une tumeur ovarienne. Le Docteur Bonnet lui-même, avant de faire le diagnostic du kyste tordu, avait pensé qu'il s'agissait d'un fibrome sous-séreux pédiculé de l'utérin, coïncidant avec un fibrome sous-muqueux, responsable de la métrorragie.

b) La métrorragie peut faire croire à une *grossesse extra-utérine* en voie de formation.

C'est le cas des métrorragies continues et de faible abondance, succédant à une crise douloureuse.

Cette erreur se retrouve dans les observations de Péan, de Mouthon.

Dans une observation de Camelot, on pensait à un avortement.

Dans l'observation du Professeur agrégé P. Bonnet, le diagnostic avait été orienté vers une grossesse ectopique en voie de fissuration, et ce n'est qu'à un troisième examen, que l'on soupçonne la possibilité d'un kyste de l'ovaire tordu, lorsqu'on voit que la tumeur avait passé de gauche à droite et peu sensiblement varié de volume en 3 semaines, alors que la métrorragie, faite de sang de couleur brune, semblait imposer le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Il est donc utile de savoir que la métrorragie peut se rencontrer dans les kystes de l'ovaire, et que son existence, ne doit pas être invoquée contre ce diagnostic, si par ailleurs les signes physiques le font envisager.

Et tout de même, si à la suite d'une crise douloureuse abdominale est apparue une métrorragie, lorsqu'on constate l'existence d'une tumeur juxta-utérine et indépendante de l'utérus, le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu doit se présenter à l'esprit et ne pas être éliminé de parti pris, sous prétexte qu'il y a métrorragie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

PÉAN (In Thèse Parizot, 1886)

Kyste de l'ovaire droit, multiloculaire, hématique. Torsion du pédicule. — Adhérences pariétales et viscérales très épaisses et très solides.

Mme X..., épuisée de petite taille. Premier accouchement en 1881 ; à la suite périmérite. Développement rapide d'une tumeur abdominale qui fut ponctionnée par M. le Professeur Richet.

Plus tard, le ventre ne se développe plus. Elle redevient enceinte en juin 1882 ; au cinquième mois, le kyste prend un développement concurremment avec l'utérus, si bien qu'il y eut un accouchement prématuré en janvier 1883. Après l'accouchement, kyste du volume d'une tête d'adolescent. A partir de ce moment, marche rapide. La malade a des métrorragies continues.

Opération le 22 mai 1885 : incision longue, dépassant l'ombilic de 5 centimètres, à cause des adhérences pariétales généralisées sous-ombilicales tellement épaisses que je suis obligé de les couper avec des ciseaux sur plusieurs points.

Adhérences à l'épiderme qui m'obligent à le réséquer après plusieurs ligatures. Dix litres de liquide hématique. Parois des kystes friables, ce qui rend l'ablation difficile à cause de la résistance des adhérences. Pédicule tordu, Deux ligatures. Durée de l'opération : une heure dix minutes. Guérison.

(N° 515, série, loc. cit).

OBSERVATION II

PÉAN (In Thèse Parizot, 1886)

Kyste hématique de l'ovaire droit. Tension extrême de la tumeur. — Adhérences viscérales et pariétales.

Mlle X..., 19 ans, réglée à 15 ans, vierge. Métrorragies quotidienne depuis plusieurs mois. Début, trois ans. Grande et polysarcique. La tumeur offre la fermeté d'un fibrome multilobé de l'utérus et n'est pas fluctuante, ce qui, joint aux hémorragies, fait craindre qu'il ne s'agisse d'une tumeur solide de l'utérus, d'autant plus que celui-ci était fixé contre le bassin.

Opération le 7 février 1884. Incision longue à cause de l'embonpoint. En avant, l'épiploon étoilé adhère aux kystes; on le décolle. Ponction : 16 litres de liquide hématique contenu dans des loges emboîtées, séparées par des cloisons dures fibreuses, dont la surface interne est ridée, feutrée comme l'estomac des ruminants et remplie de caillots épais, jaunâtres, comme ceux des vieux sacs anévrysmaux et des hématocèles vaginales. Adhérences pariétales et viscérales généralisées. Trente ligatures perdues. Epiploon et mésentère gros. Pédicule large, court, tordu, chargé de varices lymphatiques. Lié en deux parties et réduit. Durée de l'opération : trente minutes. Guérison.

(N° 543, 4^e série, loc. int.).

OBSERVATION III

PÉAN (In Thèse Parizot, 1886)

Kyste de l'ovaire gauche, uniloculaire, hématique. — Torsion du pédicule.

Mme X..., 69 ans, cachectique. Traitée il y a quelques années par A. Voisin pour folie névralgique. Obésité œdémateuse. Réglée à 18 ans. Non mariée. Ménopause depuis treize ans. Métrorragies fréquentes dans les trois dernières années.

Début, 20 ans.

Une ponction en 1864 ayant donné huit litres de liquide chocolat et sanguinolent. L'utérus étant gros et déformé, on avait cru à cette époque à une hématocele. Réclame l'opération à cause de la gêne extrême que lui cause la tumeur.

Opération le 29 octobre 1884 (hôpital). Incision courte. Ponction : 18 litres de liquide jaunâtre légèrement sanguin. Adhérences épiploïques liées. Pédicule tordu, lié en deux et réduit. Nombreuses végétations papilliformes sur la face interne de la tumeur. Pas d'ascite. Durée de l'opération : trente minutes. Guérison.

(N° 567 de la 4^e série, loc. cit.).

OBSERVATION IV

PÉAN (In Tèse Parisot, 1897).

Kyste de l'ovaire inséré à droite. — Accidents péritoniques. Laparotomie. Triple torsion du pédicule. — Ovariotomie double. — Guérison.

G... Alphonsine, 22 ans, domestique, entrée le 5 avril 1892.

Antécédents personnels. — Régée à 16 ans. Les règles duraient trois jours, s'accompagnant de douleurs vives du côté de l'abdomen et du bassin. Aussi la malade devait-elle garder le lit pendant toute leur durée.

Historique. — Six mois avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise brusquement, à l'époque de ses règles, de douleurs abdominales intenses, accompagnées de vomissements. Cette première se calma après avoir duré huit jours. Elle remarqua que son ventre, après la crise, était plus gros qu'avant.

Le 29 mars, huit jours avant son entrée, elle eut de nouveau des douleurs présentant le même caractère et toujours à l'occasion de ses règles. Après l'accalmie, elle vient à l'hôpital.

Etat actuel. — Par le palper, on trouve une tumeur piriforme, dominant à droite, dont le fond atteint presque l'ombilic.

Le toucher est douloureux et montre un col de nullipare déjeté à gauche, mobile.

Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une masse dure, mobile sous le doigt. Par le palper bimanuel, les mouvements imprimés à la partie abdominale de la tumeur se communiquent à l'utérus et à la masse située dans le cul-de-sac de Douglas. La tumeur est mate, fluctuante.

Le soir même de son passage au Pavillon d'ovariotomies (2 avril 1892), elle est prise de violentes douleurs abdominales. Son ventre grossit, devient tendu, le kyste augmente de volume, déborde l'ombilic de deux bons travers de doigt. Le facies est grippé et la malade est prise de vomissements. Ses règles sont venues. Ces phénomènes durent trois jours avec cette intensité, puis s'amendent ; au bout de huit jours, tout rentre dans l'ordre, cependant le kyste s'est accru.

Opération. — Le 21 avril 1892, laparotomie. On trouve un kyste droit du volume d'une tête de fœtus. Le pédicule gros comme le petit doigt est tordu à trois reprises, les trois tours de spire vont de bas en haut et de droite à gauche. Dans le cul-de-sac de Douglas, se trouve une masse solide, hémorragique, faisant partie intégrante du kyste.

L'ovaire gauche contient également des kystes nombreux du volume d'une noisette. Il est également enlevé.

Lavage du péritoine à l'eau boriquée.

Syncope chloroformique. Respiration artificielle.

Suture aux fils d'argent. Ablation des fils le 30 avril.

Suites opérations. — Aucun incident n'a traversé l'évolution normale des suites opératoires.

OBSERVATION V

(In Thèse Mouthon, 1897)

Kyste de l'ovaire gauche. — Accidents péritonitiques. — Quatre grossesses antérieures. — Ménopause. — Laparotomie. — Adhérences épiploïques et intestinales. — Simple torson du pédicule. — Ovariectomie. — Guérison.

Ernestine G..., 53 ans. Entrée à l'hôpital le 18 novembre 1895.

Antécédents personnels. — Elle fut réglée à 12 ans ; les

règles duraient deux ou trois jours ; elle eut quatre enfants, elle ne fit pas de fausse couche. Elle cessa de voir il y a deux ans et demi.

Historique. — Il y a trois mois, elle eut pendant un jour des pertes de sang, puis des douleurs dans le ventre, dont elle vit progressivement augmenter le volume.

Etat actuel. — L'abdomen est légèrement proéminent. Par le palper, on sent une tumeur molle, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La percussion donne une zone de matité remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les deux flancs sont mats et restent mats dans les changements de position de la malade.

Au toucher, le col est entr'ouvert, légèrement saillant, le corps n'est pas perceptible, le cul-de-sac latéral gauche est beaucoup plus rempli que le droit. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

Opération. — Laparotomie le 29 novembre 1895. On tombe sur un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'adulte, il présente des adhérences épiloïques et intestinales. Elles sont détachées facilement avec la main. En arrivant sur le pédicule, on constate un seul tour de spire, de bas en haut et de dedans en dehors. Le pédicule est assez long. La ponction donne issue à deux litres de liquide couleur chocolat.

Suites opératoires. — Bonnes. Un fil d'argent a suppuré.

OBSERVATION VI

(In thèse Mouthon, 1897)

Kyste pauciloculaire. — Accidents péritonitiques. — Laparotomie. — Adhérences épiloïques. Torsion d'un demi-tour de spire. Ovariectomie. — Guérison.

Louise M..., 28 ans, pâtissière. Entrée le 17 octobre 1896.

Antécédents personnels. — Elle ne fit jamais de maladies graves. Elle fut réglée à quinze ans et, depuis, fort régulièrement ; elles durent quatre ou cinq jours et ne sont pas douloureuses.

Elle accoucha en 1894, à huit mois et demi, d'un garçon. Elle n'a jamais fait de fausse-couche.

Historique. — La malade aurait toujours eu le ventre un peu gros ; cependant, elle ne commença à en souffrir qu'en septembre 1895. A cette époque, au moment de ses règles, elle éprouva une douleur très vive dans la région lombaire et dans le flanc gauche.

Le médecin appelé constate dans la fosse iliaque gauche une tumeur qu'il est tenté de prendre pour un kyste fœtal extra-utérin. Cette crise douloureuse dure huit à dix jours et cède par le traitement palliatif, morphine, glace, etc.

Jusqu'au mois de juillet 1896, c'est-à-dire pendant près d'un an, la malade n'éprouve que de la lourdeur dans l'abdomen ; c'est plutôt une gêne qu'une souffrance. A cette époque, huit jours avant les règles, la malade est prise de douleurs très vives dans le ventre, de vomissements, etc. Elle dut garder le lit trois semaines. Puis les règles vinrent très abondantes et noirâtres.

D'ailleurs, elles ne furent, sauf cette fois-là, jamais changées dans leurs caractères ni leur apparition.

Etat actuel. — Malade paraissant jouir d'une très bonne constitution ; elle ne présente rien du côté des différents systèmes et appareils ; l'appétit est conservé, elle n'a ni constipation, ni diarrhée. Pas d'albumine dans les urines.

Examen. — Par le palper, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, occupant la fosse iliaque gauche, dépassant un peu la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic. Par le palper bimanuel, l'utérus est senti en avant et à droite. Dans le cul-de-sac de Douglas, existe un bourrelet qui semble faire corps avec le kyste.

Opération. — Le 27 octobre 1896. Laparotomie. On tombe sur une tumeur liquide environnée d'adhérences contractées surtout avec le tablier épiploïque ; elles se laissent difficilement détacher. On reconnaît un kyste de l'ovaire gauche à surface régulière demi-sphacélé pâle, anémié. Par la ponction avec l'appareil Potain, on retire un litre et demi environ d'un liquide verdâtre, épais, puriforme.

L'examen du pédicule nous montre que le kyste a subi un mouvement de torsion de bas en haut et de dedans en

dehors. Le degré de la torsion est mesuré par un arc de cercle de 180° ($1/2$ tour))

Suites opératoires. Excellentes. Réunion par première intention. Guérison.

Examen du kyste. — Le kyste, du volume d'une tête d'adulte, présente une surface lisse, avec quelques déchirures provoquées par la rupture des adhérences. Il est pâle, anémié, de forme à peu près régulièrement sphérique. Il est formé d'une grande poche principale, avec de petits kystes situés dans quelques points de la paroi.

Examen histologique pratiqué par M. Dunien-Lavillauroy, interne de service. — Fixation : alcool acide osmique, coloration, hémaéïne : Eosine. — Au niveau des parties épaisses que présente la paroi à la coupe, on peut voir quelques petits kystes. Cette tumeur est en un mot pauciloculaire. Les petits kystes contiennent une substance grenue.

Les parois de la tumeur sont formées d'une couche fibreuse externe très dense, parcourue par de nombreux vaisseaux dont les tuniques semblent épaisses.

En dedans de cette couche fibreuse s'en trouve une beaucoup moins dense et moins vasculaire, elle renferme un grand nombre de cellules conjonctives avec des travées peu denses. Les éléments cellulaires de cette paroi sont d'autant plus abondants qu'on approche davantage de la cavité du kyste. Dans cette couche, on rencontre des espaces aréolaires renfermant une substance grenue, peu réfringente, analogue à celle qui contient le kyste.

Là aussi, on voit quelques vaisseaux à parois minces, qui sont gorgés de sang. La face interne du kyste est tapissée par une couche épithéliale, formée d'une seule rangée de cellules aplaties.

Dans la cavité, on trouve une substance granuleuse, jaunâtre en certains points. Là, se voient des cellules gonflées à protoplasma clair, et possédant un noyau bien colorable.

Ce qui domine, en un mot, c'est la coloration du liquide contenu dans le kyste par le pigment sanguin. Celui-ci est devenu brun jaunâtre.

De nombreuses cellules épithéliales se sont détachées de la paroi et sont tombées dans le kyste où elles sont faciles à reconnaître.

Les vaisseaux veineux de la paroi sont dilatés, gorgés de sang en certains points, il existe de petites hémorragies dans la paroi kystique. Enfin cette paroi est œdématiée.

Entre les fibres conjonctives, dans la couche interne de la paroi, on trouve, en effet, une infiltration d'une substance prenant une couleur légèrement brune par l'acide osmique, substance qui semble être formée de sérosité mêlée au pigment sanguin.

OBSERVATION VII

(BOUILLY, in Camelot, et thèse de Baron, Obs. X)

Double kyste de l'ovaire. — Pédicule tordu à gauche. Ovariectomie. — Guérison.

L... Marie-Isabelle, 47 ans, couturière. Entrée le 25 juillet 1894. Réglée à 12 ans, toujours bien. Aucune maladie.

Il y a deux ans, la malade s'est aperçue que son ventre a commencé à grossir. L'augmentation de volume du ventre était lente et progressive, sans provoquer de phénomènes douloureux. Au début, la miction est devenue plus fréquente, plus tard, ce phénomène a disparu.

Il y a un an, les menstruations sont devenues irrégulières, toujours en avance de 6 à 8 jours.

Il y a six mois, poussée de péritonite, qui a obligé la malade à garder le lit pendant 10 jours. *Depuis, petites métorragies intermenstruelles, l'écoulement de sang se produit presque tous les jours, mais est très peu abondant.* Les crises douloureuses sont devenues assez fréquentes. La dernière date de 10 jours. La malade n'a pas maigri ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Examen à l'entrée. — Ventre volumineux, globuleux, pointant en avant ; symétrique, peau normale, pas de circulation collatérale.

A la palpation : tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic, régulière, lisse, renittante, donnant la sensation d'une tumeur presque solide, légèrement mobile, douloureuse en

haut et à gauche ; mate à la percussion. Le toucher vaginal n'a pu être fait, la malade étant vierge.

Le diagnostic hésite entre un fibrome utérin et un kyste de l'ovaire à court pédicule.

Opération le 31 juillet. — Laparotomie. Incision de la paroi. On trouve une poche rouge lie de vin tendre ; ponction au gros trocart. Ecoulement de quatre litres environ de liquide couleur chocolat. Parois du kyste infiltrées de sang. Adhérences épiploïques multiples, mais faciles à détruire. Pédicule tordu, très court, part près du bord gauche de l'utérus. Ligature du pédicule au fil de soie et section.

A droite, on trouve un autre kyste moins volumineux, contenant un liquide jaune clair, à pédicule assez court, mais sans torsion. Ligature. Excision. Suture de la paroi en masse au crin de Florence.

6 Août. — Ablation des fils. Légère suppuration superficielle de la paroi de la partie inférieure de la plaie.

29. — Plus de suppuration. La malade quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION VIII

BOUILLY. (In Camelot et thèse de Baron. Obs. XI)

Kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. — Ovariotomie. — Guérison.

P... Marie, 28 ans, ménagère. Entrée le 31 décembre 1894.

Antécédents. — Accouchement à terme, il y a quinze mois. On aurait alors constaté à côté de l'utérus, l'existence d'une tumeur. A nourri son enfant pendant douze mois et pendant tout ce temps, n'a pas eu ses règles. Ces deux derniers mois, quoiqu'elle ne nourrisse plus, elle n'a pas eu de règles.

Début. — Il y a dix jours, elle est prise subitement d'une douleur extrêmement violente dans le ventre, douleur qui a persisté avec moins d'intensité jusqu'à présent. *Peu après, elle commence à perdre un peu de sang.*

Ces deux faits, joints à la non-existence des règles, la firent supposer enceinte et faisant un avortement ; elle est donc envoyée dans le service d'accouchement. Là, elle est tenue

en observation et pendant ce temps, elle présente les signes suivants :

Ventre un peu gros et douloureux. Fièvre et vomissements fréquents. Entre dans le service de Gynécologie. Le ventre est un peu gros et ballonné ; douloureux à la palpation, surtout dans le flanc droit. Là, on arrive à délimiter, par la palpation et la percussion, une tumeur du volume d'une tête d'adulte, régulièrement arrondie, fluctuante.

Le toucher, en fait sentir un prolongement dans le cul-de-sac de Douglas, présentant de la résistance plutôt que de la fluctuation.

Toucher rectal. — Montre nettement la continuité de ce prolongement avec la tumeur abdominale.

Deux ou trois vomissements chaque jour.

Laparotomie, le 8 janvier 1895. — Kyste ovarien droit, pédicule mince du volume du petit doigt, assez court. Tordu une seule fois.

Ponction. — Issue d'un litre environ de liquide sanglant; il reste une masse molle, rouge, qui est une partie solide, ayant subi une imprégnation par le sang épanché. Ligature du pédicule. Drainage de Mikulicz. Sutures. Les parois de la tumeur sont très friables et se déchirent très facilement. Temp. 39°4, contrastant avec son état général, qui paraît excellent. Pouls, 80, excellent aspect. Pas de vomissement, pas de douleurs.

9 janvier. — Très bien, encore de la température.

10 — Retrait du drainage. Très bien.

15 — Ablation des fils.

17 — Bien. Un peu de suppuration de la paroi.

30 — Quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX

(TERRIER, *Thèse de Eudes*)

Mme B..., 35 ans, institutrice. Est entrée, le 17 novembre 1905, à la Pitié, dans le service de M. Terrier, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale dont elle connaissait l'existence depuis le mois de mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. A perdu deux frères de bacillose.

Antécédents personnels. — Nuls, à part, à certains moments, de la fatigue et du surmenage.

Mariée, elle a eu trois enfants et a fait deux fausses couches. Réglée à 13 ans et demi (1881), elle vit une fois, et reste un an sans rien voir. Vers 15 ans (1883), les règles revinrent très abondantes, très longues (six à sept jours), très douloureuses, surtout pendant les premières heures : la malade souffrait horriblement, au point d'être obligée de se mettre au lit. Elle éprouvait, au début de chaque période, une douleur qui allait en augmentant, pour disparaître presque brusquement, lorsque le flux sanguin était complètement établi. Les règles revinrent régulièrement tous les mois. Au moment de son mariage, elle eut un retard de dix jours, qu'elle attribue elle-même à l'émotion. Depuis, elles sont revenues régulièrement. Aux deux périodes qui suivirent son mariage, elles furent encore douloureuses, comme auparavant, mais ensuite, la douleur disparut complètement.

Par ailleurs, elles étaient semblables à elles-mêmes. Il en fut ainsi jusqu'à sa première grossesse, à 25 ans (1893). Pendant cette grossesse, elle ne vit point ses règles. L'accouchement fut normal et eut lieu à terme, les suites furent normales, la reprise des habitudes s'effectua quinze jours après. Elle allaita pendant un an, bien qu'elle eût très peu de lait, l'allaitement étant mixte.

Elle revit ses règles six mois après l'accouchement, c'est-à-dire, au sixième mois de son allaitement, semblables à elles-mêmes et sans douleur.

L'année suivante, à 26 ans, en 1894, elle devint de nouveau enceinte. Cette grossesse se termina au bout d'un mois, par un avortement, à la suite d'une émotion. Pendant ce mois, elle n'avait pas vu ses règles. Elles revinrent environ six semaines après, semblables à elles-mêmes.

A 28 ans, nouvelle grossesse, normale. Accouchement normal, à terme. Reprise des habitudes une quinzaine après.

Cette fois, elle n'allaita pas. Les règles revinrent cinq à six semaines après et continuèrent d'être régulières et semblables.

A 29 ans, fausse couche de cinq mois (1897). Rétention de placenta, pendant dix-neuf jours. A la suite de l'expulsion du placenta, hémorragie abondante et anémie consécutive.

Reprise des habitudes seulement quatre mois après.

Les règles avaient tardé à réapparaître, sans que la malade puisse préciser de combien de temps. Ce qu'elle affirme, c'est qu'à la suite de cette hémorragie et de la fatigue qu'elle ressentit, elle fut très affaiblie et anémiée, pendant longtemps, ce qui expliquerait le retard dans le retour de ses règles.

A la suite de cette fausse couche, elle eut une ulcération qui nécessita la cautérisation pendant quelques mois.

En 1901, à 33 ans, nouvelle grossesse normale. Accouchement normal, à terme. Suites normales. Retour des règles, six semaines après. Reprise des habitudes au bout d'une quinzaine.

Les règles furent régulières et semblables jusqu'en mai 1905.

Jusqu'à cette époque, Mme B..., avait été réglée avec tant de régularité que, pour elle, un jour de retard, était une présomption de grossesse.

C'est au mois de mai 1905, que les douleurs qu'elle éprouvait dans le côté droit de l'abdomen et les troubles de l'intestin, lui firent penser à quelque chose d'anormal. Un médecin appelé, avait diagnostiqué une entéro-colite.

Le 11 juillet, six semaines après, le médecin constata, dans la fosse iliaque droite, la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf. On crut à une grossesse, la malade, elle-même, le croyait, bien qu'elle ait continué à voir ses règles et qu'elle n'ait pas éprouvé les symptômes qui caractérisaient ses grossesses antérieures.

La tumeur alla rapidement en augmentant, confirmant en cela l'idée de la grossesse. La malade n'a jamais beaucoup souffert : elle éprouvait cependant une sensation de pesanteur, ainsi qu'une douleur sourde irradiant dans les reins et dans les cuisses.

Il y a environ trois semaines, avant son entrée à l'hôpital, elle fit une promenade en voiture non suspendue. Elle éprouva alors des crises douloureuses, des coliques dans le bas ventre, avec métrorragies.

En juin, juillet et août, les règles furent encore régulières et semblables, sauf en juillet, où elles furent un peu plus abondantes. En septembre, elles avancent de huit jours et sont plus abondantes et plus longues ; elles durent de huit à dix jours ; il en est de même en octobre.

La malade avait parfois des caillots, au moment des règles, mais, c'est surtout depuis le mois de mai qu'elle en a rendus : ils étaient nombreux, gros et noirâtres. Jamais de pertes blanches.

La malade est entrée à l'hôpital, le 17 novembre 1905. C'est une femme de taille moyenne, de bonne constitution, nerveuse.

À l'inspection, le ventre est globuleux et très augmenté de volume.

À la palpation, on remarque une tumeur résistante, peu mobile, paraissant s'étendre profondément et remontant à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Du côté droit, on sent, au-dessous de l'ombilic, une tumeur mobile, et douloureuse à la pression. La fosse iliaque gauche, est vide.

Au toucher, rétroversion de l'utérus, le col est dur et entr'ouvert ; les mouvements de bas en haut imprimés au col se transmettent à la tumeur. Lorsqu'on imprime, à cette dernière, des mouvements de latéralité, le col se déplace, mais très peu.

L'urine, examinée le 19 novembre, donne, comme quantité, 1.150 centimètres cubes ; on y trouve des traces d'albumine.

L'opération fut faite le 20 novembre 1905, par M. Terrier, qui pratiqua l'ablation sans drainage d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'adulte et pesant 1 kg. 340.

Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordue.

Revue au mois d'octobre 1906, Mme B..., est en parfaite santé. Cinq jours après son opération, elle eut une hémorragie assez abondante qui l'affaiblit beaucoup. Ses règles sont revenues au bout de trois mois, elles ne durent que quatre jours, sont moins abondantes, mais de périodicité toujours régulière.

OBSERVATION X

(In Thèse DELESPINE, 1904-1905)

X..., 65 ans.

Aucun antécédent morbide.

Ménopause à 43 ans. Depuis un an, le ventre grossit progressivement. Souffrances vives depuis trois semaines ; sensibilité de l'abdomen, à la pression. Nausées.

Peu de retentissement sur l'état général, pas de fièvre.

Il y a six mois, la malade a eu une hémorragie assez abondante, d'une durée de six jours environ.

Kyste tordu de l'ovaire gauche. Ovariectomie. Guérison.

OBSERVATION XI

(DE ROUVILLE, in Thèse CABANES, 1914)

D. L..., 39 ans, entre dans le service de M. le Professeur De Rouville, le 10 février, pour tumeur abdominale et douleurs.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, normalement, toujours réglée régulièrement, pendant cinq jours, règles moyennement abondantes, non douloureuses. Jamais malade.

Trois accouchements : le premier il y a dix ans, au forceps ; enfant vivant et bien portant ; le deuxième, il y a trois ans ; le troisième, il y a dix-neuf mois, a subi une version par manœuvres externes à quatre mois, mais l'accouchement a lieu à terme avec hydramnios d'un enfant vivant et bien portant. Après cet accouchement, le ventre est ballonné et la malade reste alitée quatorze jours. Depuis, elle souffre du ventre et reste cinq mois sans voir ses règles.

Maladie actuelle. Evolution. — La patiente souffre depuis son accouchement. A son retour de couches (cinq mois après son accouchement) elle a une crise douloureuse abdominale, très intense dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans les lombes ; la malade compare cette douleur à une tumeur ; cette douleur reste la même pendant 2 heures. Le ventre est

ballonné et on croit à une colique hépatique. Les crises douloureuses se renouvellent deux ou trois fois dans la suite, mais moins intenses que dans la première crise.

Depuis le 1^{er} janvier 1914, la patiente souffre continuellement, la douleur est toujours la même. Le ventre augmente peu à peu de volume. Il y a quatre mois elle a eu une grosse hémorragie utérine, alors que ses règles s'étaient montrées normales. Cette hémorragie survient deux ou trois jours après la disparition des règles et dure tout le mois de novembre. Au mois de décembre, les règles sont normales, mais accompagnées de quelques pertes blanches.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, la malade présente un mauvais état général, le facies est pâle et terreux; elle présente de l'asthénie, de l'anorexie. La température est de 37°2; le pouls est à 100 pulsations.

Examen. — Le ventre est flasque, irrégulier, avec une voussure correspondant à la fosse iliaque droite.

A la palpation, le ventre est mou, on sent une tumeur de la fosse iliaque droite remontant à l'ombilic, s'effaçant vers le côté droit, de consistance molle, peu douloureuse, sauf vers la partie externe où se trouve une zone de sensibilité exquise.

Au toucher, le col est normal, l'utérus est difficile à trouver. On sent une masse correspondant à la tumeur placée assez haut dans le pelvis, perceptible lorsqu'on refoule fortement le cul-de-sac latéral droit. Elle est douloureuse, paraît fluctuante, mais le cul-de-sac est empâté.

Le cul-de-sac gauche est libre. Le Douglas légèrement empâté. On ordonne comme traitement le repos, des compresses humides, des lavements chauds.

On pratique un nouvel examen le 2 mars 1914. La malade ne souffre plus, la tumeur du côté droit semble augmentée de volume surtout vers la partie externe, et mieux perceptible. On la sent de la grosseur d'une tête fœtale, occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit. Son grand axe est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Son pôle supérieur arrive jusqu'à la partie externe de la région lombaire. La partie externe renflée correspond à la fosse iliaque droite, son pôle inférieur aminci est nettement

perceptible par le toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral droit et légèrement dans le cul-de-sac antérieur. Le Douglas est libre, ainsi que le cul-de-sac latéral gauche. On décide l'intervention immédiate qu'on pratique le lendemain matin 3 mars 1914.

Intervention. — L'intervention a lieu sous anesthésie générale par de l'éther que l'on donne goutte à goutte, après injection préalable de 1 centimètre cube de pantopon, un quart d'heure avant le début de l'opération. On pratique une incision médiane ombilico-pubienne et on se trouve en présence d'un épiploon très enflammé et adhérent à une grosse masse occupant le côté droit de la cavité abdominale, cachée à première vue par l'intestin adhérent. On saisit l'utérus, absolument libre et normal, les annexes gauches sont de même. On commence à libérer le grand épiploon adhérent et vu son état inflammatoire, on juge bon d'en réséquer une bonne partie. On libère ensuite la tumeur assez facilement et on s'aperçoit qu'elle est libre vers la partie supérieure, mais retenue par un pédicule aux annexes droites. C'est un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu (deux tours de spire à peu près). On pratique la ligature et la section du pédicule. L'hémostase est assez difficile à obtenir sur les parois de la poche laissée par l'évacuation de la tumeur. On pratique la ligature classique de l'utérine droite pour plus de sécurité. Lavage *larga manu* du péritoine à l'éther. On met un drain dans la poche à la place de la tumeur, en vue d'une hémorragie, on passe le drain à travers la paroi abdominale, dans la fosse iliaque droite et l'on fait une suture à trois plans de la paroi abdominale.

Examen de la pièce. — On trouve un kyste à parois épaisses, brunâtres, de la grosseur d'une tête fœtale, le pédicule en est tordu et de couleur hématique.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, le pouls est à 100 pulsations. La température de 36°4. L'état général est bon. Quelques vomissements.

Le lendemain matin : pouls, 96; température, 37°1.

Le 9 mars : Ablation des agrafes. Etat du ventre excellent, réunion par première intention. Etat général bon.

On a revu la malade en avril. Son état général est bon. Elle va tout à fait bien et ne souffre plus.

OBSERVATION XII

(In thèse GUICHARD, 1894-1895)

Kyste de l'ovaire. Torsion du pédicule. Ovariectomie. Guérison.

Femme âgée de 20 ans, a toujours joui d'une excellente santé, sauf une scarlatine antérieure. Sa mère avait eu une tumeur qui a été enlevée quelques années auparavant; deux sœurs de cette dernière eurent un cancer, l'une de la mamelle, l'autre de l'utérus, enfin une tante de cette dernière également mourut de cancer de l'utérus.

Règles régulières revenant tous les vingt et un jours et durant quatre jours jusqu'au début de la maladie; à ce moment elles devinrent irrégulières et la malade perdit abondamment; un an auparavant, elle avait quelquefois des pertes après ses règles. Ni grossesse, ni avortement.

Le 1^{er} décembre 1893, la malade éprouva une sensation de déchirure intérieure en essayant d'ouvrir une fenêtre.

Le 3 décembre, elle éprouva une douleur très intense dans la fosse iliaque droite; le lendemain, la douleur avait disparu, la malade éprouvait néanmoins un malaise général sans localisation spéciale.

Le 5 décembre la douleur réapparut, la malade travaillait beaucoup et était exposée au froid.

Pendant toutes ces attaques la miction a été pénible et la constipation opiniâtre.

Elle est admise le 7 décembre, après avoir travaillé jusqu'au bout. Elle se plaint de douleurs dans l'abdomen, spécialement du côté gauche et d'une aménorrhée qui existe depuis deux mois.

A l'examen, l'abdomen est arrondi, sa paroi est élastique et tendue, la percussion donne un son tympanique dans la fosse iliaque droite. Par le toucher vaginal on trouve un col normal et l'on sent à droite de l'utérus une tumeur arrondie et dure. On endort la malade et l'on se rend compte que cette tumeur peut avoir le volume d'une tête d'enfant. L'utérus est un peu en arrière et à gauche, normal, de volume et de consistance.

Le 23 décembre, le professeur Simpson fit la laparotomie. Il trouva des adhérences très étendues, en les déchirant il aperçut un kyste tordu à gauche, développé aux dépens de l'ovaire droit. La torsion a déterminé une hémorragie dans la tumeur et environ 3 litres de liquide furent aspirés.

La tumeur avait des parois épaisses, elle était multiloculaire et manifestement dermoïde; une des cavités contenait des cheveux et d'autres de la matière sébacée. Les suites de l'opération furent bonnes et la malade guérit.

OBSERVATION XIII

(In Thèse FINAZ, 1897-1898)

*Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.
Ovariectomie par M. Condamin (Inédite)*

F.: Marie, trente-sept ans; de Bessenay (Rhône). Menstruation irrégulière, retards fréquents et prolongés suivis de pertes abondantes et durant quelquefois un mois. Depuis le mois d'avril dernier, les hémorragies n'ont pas cessé; écoulement franchement rouge.

Le 17 septembre 1897, apparition subite d'une douleur siégeant au côté droit avec irradiations dans tout l'abdomen. En même temps, phénomènes généraux : vomissements, température, constipation pendant les trois jours qui ont suivi l'apparition des douleurs et maintenant diarrhée; miction pénible.

—Entrée à l'hôpital le 16 septembre. On constate l'existence d'une tumeur médiane dans le petit bassin, indolore, mate à la percussion, fluctuante, du volume d'une tête d'enfant, faisant une saillie relativement faible, à cause de l'enclavement. L'utérus est en rétroversion, un peu dévié à gauche.

Laparotomie le 18 septembre par M. Condamin : on trouve un kyste à contenu hématique présentant un point d'apparence de sphacèle. Torsion du pédicule. Pas d'adhérences. Drainage avec mèches de gaze après ligature du pédicule.

Sortie guérie le 1^{er} novembre 1897.

OBSERVATION XIV

(Service du Professeur TIXIER, salle Sainte-Anne, cahier n° 1,
1914, p. 30)

Kyste de l'ovaire et grossesse.

Grange Marie, 35 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur volumineuse abdominale.

Pas d'antécédents. Pas de maladies antérieures. Pas de fausse-couche. Un enfant il y a 9 ans, bien portant. L'accouchement s'est fait très normalement.

Elle raconte qu'il y a 2 ans, elle avait grossi beaucoup et on aurait dit qu'elle « était enceinte de 6 mois ». Puis la malade eut des grosses pertes rouges et la tumeur disparut subitement. La malade assure qu'à ce moment elle n'était pas enceinte. Elle resta 2 ans sans s'apercevoir que ventre augmentait de volume, puis au mois de juin dernier, elle a commencé à grossir. Elle s'est aperçue d'une tumeur abdominale survenue assez rapidement dans la fosse iliaque gauche. Elle est restée pendant quelque temps stationnaire, puis elle s'est mise à grossir progressivement.

Au mois de juin dernier, elle n'a pas vu ses règles. Du 22 juillet au 22 août, elle a eu des pertes rouges. Ensuite elle a eu des métrorragies toutes les 2-3 semaines qui duraient parfois un jour, parfois trois jours, sous l'influence d'une fatigue quelconque. A partir de ce moment apparut dans la fosse iliaque gauche une petite tuméfaction qui grossit progressivement. Elle ne s'est pas aperçue des troubles symptomatiques de grossesse. Elle avait seulement de l'anorexie. Il y a 2-3 mois elle a commencé à sentir quelques petits mouvements dans son ventre, à droite. Elle est allée à la consultation de la Charité. Chez M. Commandeur on l'a trouvée enceinte, mais on ne l'a pas admise car elle n'était pas assez avancée comme grossesse.

Passée à la Maternité, elle accouche d'un enfant de 7 mois, bien portant et assez gros.

4 mars 1914. — Revient pour se faire enlever son kyste.

Intervention, 9 mars 1914. — Grande laparotomie médiane. En certains points le kyste est adhérent au péritoine pariétal. Ponction du kyste. On retire au moins 1 litre de liquide mucoïde, gluant. On luxé le kyste et on constate qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche avec torsion de 1/2 tour de spire. Ligature soignée du pédicule. On explore le côté opposé et on constate qu'il existe un autre kyste du volume d'une poire développé aux dépens de l'ovaire droit.

Examen de la pièce : L'ensemble de la tumeur et du liquide pèse 4 kilos. La pièce est constituée par une énorme poche contenant du liquide mucoïde, marron, sanguinolent. Et en plus, sur un des côtés on découvre englobée dans la poche principale une petite tumeur du volume d'une orange, de consistance pâteuse : on dirait un kyste dermoïde; on l'incise; en effet il y a du sebum et des cheveux. De même le kyste droit a la même consistance et à l'ouverture on constate qu'en effet il contient du sebum et des cheveux.

C'est donc un double kyste dermoïde et mucoïde à gauche et un kyste dermoïde à droite. On sait que les femmes qui portent des kystes dermoïdes sont en général des grandes multipares.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé P. BONNET)

Mme C..., 64 ans, est adressée le 16 juin au Docteur Bonnet.

Elle est allée consulter son médecin pour des « grosseurs à l'aine » croyant être porteur d'une hernie double et accusant des douleurs dorso-lombaires et sciatiques.

Le médecin traitant, gynécologue averti, constate l'existence de ganglions inguinaux bilatéraux et au toucher une masse rétro-utérine, qu'il croit d'abord appartenir au sacrum et qui, à un deuxième examen, est interprétée comme étant une tumeur ovarienne. A signaler que la malade saigne au toucher, bien que le col utérin paraisse sain. On pense à un néoplasme des ovaires inopérable avec probabilité de cancer du corps utérin.

Il s'agit d'une malade à état général relativement peu altéré : Peu d'amaigrissement, mais perte notable des forces.

Réglée à 13 ans, régulièrement, mais avec des règles peu abondantes.

Mariée à 28 ans, a eu une seule grossesse normale.

Pleurésie à 32 ans, suivie d'un ictère assez prononcé.

A 40 ans, la malade aurait consulté un gynécologue qui fit le diagnostic de kyste de l'ovaire et fibrome.

Il y a quelques années la malade a été soignée pour une pneumonie, à la suite de laquelle elle conserva de l'albumine dans les urines.

Actuellement il persiste une albuminurie légère et l'examen révèle la présence nette de sucre dans les urines.

L'examen du Docteur Bonnet montre un utérus un peu gros, avec un col normal. Le doigt ramène du sang rouge en assez grande abondance. A gauche, on perçoit, plaquée contre l'utérus, mais mobilisable, une masse assez dure, du volume d'un poing d'adulte. On pense qu'il s'agit plutôt d'un fibrome pédiculé sous-péritonéal, avec probabilité d'existence d'un petit myome sous-muqueux, cause des métrorragies qui existent depuis un certain temps.

Un nouvel examen, le 1^{er} juillet, fait abandonner ce diagnostic. La tumeur paraît fluctuante, presque rénitente et on pense à l'existence d'un kyste de l'ovaire, peut être simple encore, sans signe de dégénérescence.

Opération le 3 juillet. L'utérus, un peu gros, est cependant souple à la palpation. Il existe à gauche un kyste dermoïde du volume d'une tête fœtale, à pédicule tordu. Ovariectomie.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER
et de M. le Professeur Agrégé P. BONNET)

Mlle P... Joséphine, 40 ans. Ni grossesse, ni fausse-couche.
Depuis 3 mois, la malade souffre de douleurs violentes loca-

lisées aux annexes droites, quelquefois dans tout le bas-ventre.

Les règles ont toujours été régulières, sans aucun retard, et durent 3 jours au maximum.

Pour la première fois, à partir du 14 juillet 1925, alors que les règles sont venues normalement au jour attendu, les règles se poursuivent durant 15 jours, sans discontinuité.

Le Professeur Tixier constate que l'utérus est resté avec un col petit, dur, tapiriforme, et n'a un fond ni mou, ni globuleux : Pas de signe de grossesse. Mais à gauche, on perçoit une tuméfaction mollasse, grosse comme une petite noix, sensible. Léger écoulement dans le sein.

Il faut absolument surveiller cette petite tuméfaction.

Le Professeur Tixier songe à la possibilité d'une grossesse ectopique, et devant s'absenter, recommande à la malade de façon absolue, d'aller voir, vers le 15 août, le Docteur Bonnet. Il ordonne le repos et prévoit que si, brusquement des douleurs apparaissent, l'entrée immédiate à l'hôpital s'imposerait.

La malade est vue le 12 août par le Docteur Bonnet, qui constate :

Utérus en antéflexion prononcée. Rétraction en arrière de l'isthme avec douleur au redressement. Col ramolli. Tuméfaction dans le cul-de-sac gauche, du volume d'un œuf de pigeon. Infiltration rétro-utérine haut située, peu abondante, débordant à droite.

Depuis le 31 juillet, les pertes, arrêtées vers le 20, ont persisté jusqu'au 4 août, puis se sont poursuivies par intermittence, de couleur chocolat.

Le 9 août : crise douloureuse ; sorte de tranchée douloureuse avec pâleur.

Le 11 août les pertes reparaissent et durent un jour.

Le 17 août, la malade est revue : Il y a ce jour-là une transformation complète des signes : La tuméfaction gauche est devenue droite et prolonge la corne droite. Elle est du volume d'une mandarine de Nice. L'utérus est en antéflexion. Col ramolli. Battements de l'utérus. Ovaire gauche perçu normal, sensible. Pas d'infiltration du Douglas.

On persiste à croire à une grossesse ectopique, mais l'exa-

men laisse une arrière-pensée sur la possibilité d'un kyste dermoïde tordu.

Opération le 20 août (Docteur Bonnet) : Kyste dermoïde de l'ovaire droit, tordu, non hématique. Ovariectomie. Suites opératoires simples. Guérison.

Les règles sont revenues normales le 20 septembre.

Revue le 2 décembre, la malade présente un utérus à col encore légèrement mou.

CONCLUSIONS

La torsion des kystes de l'ovaire peut s'accompagner de métrorragies. Celles-ci coïncident avec la crise douloureuse ou l'accompagnent.

La métrorragie aurait une valeur dans le diagnostic de la torsion si elle n'était d'une rareté relative et si par ailleurs elle était plus exceptionnelle dans les kystes non tordus. Nos recherches ne nous permettent pas d'accorder une valeur réelle à ce signe pour le diagnostic de la torsion.

Par contre, l'existence d'une métrorragie au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire tordu, peut désorienter le diagnostic et le faire pencher en particulier vers l'existence d'un fibrome ou d'une grossesse extra-utérine.

Il importe donc de ne pas négliger la valeur séméiologique de ce signe, dans le diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire tordus.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4^{er} Décembre 1925

*Pour le Recteur et par Délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.*

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Gynécologie.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.

Archives mensuelles d'Obstétrique.

AUBRY. — Torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. *Th. de Paris*, 1900.

BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. de Paris*, 1897-98.

BÉNARD. — Torsion des kystes de l'ovaire et occlusion intestinale, *Th. Paris*, 1898.

BOUILLY. — Des métrorragies d'origine ovarienne. *La Gynécologie*, 15 avril et 15 juin 1899.

BOURSIER. — De quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. *VI^e Congrès Fr. de Chir.*, 1892.

CABANES (Paul). — De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. *Th. de Montpellier*, 1914.

CAMELOT. — Métrorragies et kystes de l'ovaire. *J. des Sc. Méd. de Lille*, 1904, n^o 10.

COIGNERAI. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1901-02.

DELAUNAY. — Kystes de l'ovaire après la ménopause. *Bull. Soc. Anat.*, 1895, p. 324.

DELESPINE. — Métrorragies et affections annexielles. *Th. Paris*, 1904-05.

DERIEN. — Kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. de Paris*, 1893.

EUDES (J.-M.-Fr.). — Essai sur les rapports qui existent entre le kyste de l'ovaire et la menstruation. *Th. de Paris*, 1906-07.

- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.
- FINAZ. — De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.
Th. de Lyon, 1897-98.
- FORGUE et MANABUAU. — Gynécologie (Traité Delbet et Schwartz).
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, Paris, 1886. — Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, Paris, 1885.
- GANGOLPHE.
- GUICHARD. — De la torsion des kystes de l'ovaire. *Th. Lyon*, 1894-95.
Gynécologie et Obstétrique.
Journal de Chirurgie.
- KISSELOFF. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. de Paris*, 1896-97.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 3^e édition.
- LE DENTU et BONNET. — Article Kystes de l'Ovaire, in *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet.
- LESOURD. — Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1894.
- MONOD. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Soc. de Chir.*, 1887.
- MOULS. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1890.
- MOUTHON. — De la torsion des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1896-97.
- NIOT. — De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit. Diagn. avec appendicite. *Th. de Paris*, 1900-01.
- PARIZOT. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1886.
- PELCOT (G.-E.). — Des métrorragies symptomatiques des kystes intraligamentaires. *Th. de Paris*, 1924.
- PLAGNIOL (A.). — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie hémorragique. *Th. Montpellier*, 1916.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 3^e édition.

- S. Pozzi et BEAUSSÉNAT. — Contrib. à la pathogénie et à l'anat. path. des kystes de l'ovaire. *Rev. de Gyn.*, 1897, p. 247.
- RAIMONDI. — Kystes du ligament large. *Th. de Paris*, 1897. *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*.
- DE ROUVILLE et DELMAS. — Kystes ovariens hématiques à symptomatologie de grossesse ectopique.
- SANSON R. — De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes. Kystes de l'ovaire et hydrosalpinx. *Th. Paris*, 1904-05.
- SCHWARTZ. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1888, p. 142.
- SEGOND. — Kystes de l'ovaire (Traité de Duplay-Reclus).
- SÉVÉNO. — Contr. à l'étude des accidents causés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Th. Bordeaux*, 1896-97.
- LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Trad. française par Olivier, 1886.
- TERRILLON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 245.
- VOITURIEZ. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *J. des Sc. Méd. de Lille*, n° 28, 14 juillet 1900.
- Ch. WEST. — Leçons sur les maladies des femmes. Trad. française par Mauriac, 1858.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
A. Les troubles de la menstruation dans les kystes de l'ovaire non compliqués de torsion	11
B. Les métrorragies dans les kystes de l'ovaire compliqués de torsion.....	21
C. Valeur séméiologique des métrorragies dans le diagnostic différentiel du kyste de l'ovaire....	27
Observations	31
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	57
